UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1936-1937. — N° 72

ÉTUDE STATISTIQUE
DES
HYSTÉRECTOMIES
(CANCER EXCEPTÉ)
PRATIQUÉES A BORDEAUX DE 1926 A 1936
(Service de Clinique gynécologique du Professeur GUYOT)

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le mercredi 23 décembre 1936

PAR

Jacques-Albert-Félix DE LOSTALOT DE BACHOUÉ

Élève du Service de Santé de la Marine
Interne des Hôpitaux

Né à SALIES-DE-BÉARN (Basses-Pyrénées), le 26 juillet 1912

Examinateurs de la Thèse :
- MM. GUYOT, professeur..... *Président.*
- DUVERGEY, professeur..... *Juges.*
- CHARRIER, agrégé..... *Juges.*
- MASSÉ, agrégé..... *Juges.*

BORDEAUX
IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DELMAS
6, place Saint-Christoly

1936

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1936-1937. — N° 72

ÉTUDE STATISTIQUE
DES
HYSTÉRECTOMIES
(CANCER EXCEPTÉ)
PRATIQUÉES A BORDEAUX DE 1926 A 1936
(Service de Clinique gynécologique du Professeur GUYOT)

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le mercredi 23 décembre 1936

PAR

Jacques-Albert-Félix DE LOSTALOT DE BACHOUÉ

Élève du Service de Santé de la Marine
Interne des Hôpitaux

Né à SALIES-DE-BÉARN (Basses-Pyrénées), le 26 juillet 1912

Examinateurs de la Thèse

MM. GUYOT, professeur..... *Président.*
DUVERGEY, professeur..... } *Juges.*
CHARRIER, agrégé..... }
MASSÉ, agrégé..... }

BORDEAUX
IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DELMAS
6, place Saint-Christoly

1936

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYEN : M. MAURIAC.

ASSESSEUR : M. LABAT.

DOYEN HONORAIRE : M. C. SIGALAS.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, RIVIÈRE, BARTHE, DENIGÈS, BEILLE, CASSAËT, CHAVANNAZ, PACHON.

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie	MANDOUL.
id.	DUPÉRIÉ.	Médecine expérimentale	AUBERTIN.
Clinique chirurgicale	BÉGOUIN.	Clinique ophtalmologique	TEULIÈRES.
Clinique chirurgicale et gynécologique	GUYOT.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie	ROCHER.
Pathologie et thérapeutique générales	CARLES.	Clinique méd. des maladies des enfants	CRUCHET.
Clinique d'accouchements	ANDÉRODIAS.	Chimie biologique et médicale	DELAUNAY
Anatomie pathol. et microscopie clinique	SABRAZÈS.	Physique médicale et pharmaceutique	C. SIGALAS.
Anatomie	VILLEMIN.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques	BONNIN.
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène	LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires	DUVERGEY
Médecine légale et déontologie	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Chimie	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT.
Botanique et matière médicale	GOLSE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie	CREYX.
Pharmacie	DUPOUY.	Clinique dentaire	DUBECQ.

MM. LACOSTE (Histologie). PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales). PAPIN (Chirurgie générale). R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie	N.	Chirurgie générale	MASSÉ.
id.	DUFOUR.	id.	DARGET.
Physiologie	FABRE.	Obstétrique	RIVIÈRE.
Médecine générale	PIÉCHAUD.	Ophtalmologie	BEAUVIEUX.
id.	DELMAS-MARSALET.	Oto-rhino-laryngologie	DESPONS.
id.	DE GRAILLY.	Dermatologie et syphiligraphie	JOULIA.
id.	FONTAN.	Physique médicale	WANGERMEZ.
id.	BROUSTET.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie	VITTE.
id.	DERVILLÉE.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Physiologie	FABRE.	Physique médicale et pharmaceutique	WANGERMEZ
Médecine opératoire	PAPIN.	Médecine légale	DERVILLÉE.
Accouchements	RIVIÈRE.	Urologie	DARGET.
Pathologie médicale	DELMAS-MARSALET.	Botanique	GIRARD.
Puériculture	FAUGÈRE.	Bactériologie	MOUREAU.
Pharmacie chimique	VITTE.	Législation pharmaceutique	POPLAWSKI.
Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.		

Ophtalmologie ..... MM. CABANNES (en congé).

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. N.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

A MA MARRAINE

In memoriam.

Toujours présente dans mon cœur.

A MON PERE — A MA MERE

Je leur dois tout. Je les unis dans ma profonde affection, ainsi qu'ils sont unis dans une vie toute droite et très belle que je suis fier de prendre comme exemple.

A MA FEMME

Ce que je pourrais dire, pourquoi le dire ici ?

A TOUS LES MIENS VIVANTS ET MORTS

Je voudrais tous les nommer; à tous j'adresse une pensée affectueuse.

A MES AMIS

A MES CAMARADES DE L'INTERNAT ET DE L'ECOLE

A MES MAITRES DE LA FACULTE,
DES HOPITAUX ET DE L'ECOLE
DU SERVICE DE SANTE DE LA MARINE

A MES JUGES

A Monsieur le Médecin Général CAZAMIAN

Directeur de l'Ecole Principale du Service de Sante
de la Marine et des Troupes coloniales,
Officier de la Légion d'honneur,
Officier du Mérite maritime,
Officier de l'Instruction publique.

A Monsieur le Médecin en chef BRUN

Ancien Sous-Directeur de l'Ecole Principale du Service de Santé
de la Marine et des Troupes coloniales,
Officier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.

A Monsieur le Médecin en chef FERRET

Sous-Directeur de l'Ecole Principale du Service de Santé
de la Marine et des Troupes coloniales.
Officier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. GUYOT

Professeur de Clinique chirurgicale et gynécologique,
Chirurgien de l'Hôpital Saint-André,
Membre correspondant de l'Académie de Chirurgie,
Vice-Président de la Société française de Gynécologie,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.

Qui nous fait le très grand honneur de présider cette thèse, dont il nous a fourni le sujet.

AVANT-PROPOS

En ce jour solennel de la thèse, qui marque, hélas ! la fin d'une période de notre vie qui fut très intéressante et fort agréable, nous désirons remercier nos maîtres de la Faculté et des Hôpitaux, à qui nous devons notre formation médico-chirurgicale.

Nous avons eu la rare fortune de faire notre premier semestre d'internat dans le service de M. le Professeur Guyot. Ses conversations au lit du malade et ses leçons cliniques où se révèlent tout son art très fin de conter et sa profonde science chirurgicale nous ont fourni le meilleur de nos connaissances. Nous tenons à le remercier de toute la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée et à l'assurer de la reconnaïssance d'un élève envers son patron et d'un ancien blessé envers son chirurgien.

Nous lui devons le sujet de cette thèse, qui est une marque de sa confiance.

Nos remerciements également à son chef de clinique, le Docteur Courriades, qui nous a donné des renseignements très utiles.

Nous étions entré en contact avec les mystères de la chirurgie (mystères pour un étudiant de première année, ce mot est toujours vrai plus tard) dans le service de M. le Professeur agrégé Charrier. Nous y sommes revenu comme externe. Sous des dehors un peu froids, ce Maître cache une grande bonté pour ses élèves et un dévouement admirable pour ses malades. Nous en avons eu la preuve et nous lui en conservons une grande reconnaissance.

Nous avons passé un an chez M. le Professeur Chavannaz. Cette noble figure restera pour nous le type même du grand patron. Son affabilité était exquise pour les moindres de ses élèves.

Enfin, à l'hôpital André-Boursier, où nous avons été interne provisoire, la clarté des leçons de M. le Professeur Papin, l'entrain et l'activité débordante de M. le Professeur Jeanneney, qui se fait un ami de chacun de ses élèves, nous ont frappé d'admiration.

Nous avons essayé d'apprendre la médecine et toutes ses finesses dans le service de M. le Professeur Sabrazès. L'érudition universelle de ce vrai savant nous a bien souvent mis dans l'étonnement.

Nous conserverons un très bon souvenir de notre séjour à l'Hôpital des Enfants, où nous avons passé de bien agréables moments en suivant la visite de M. le Docteur Dubourg, dont le charme est fait d'une grande simplicité et d'une profonde finesse d'esprit.

Enfin, interne intermittent de M. le Professeur Creyx, après un prédécesseur trop brillant qui lui avait donné de trop bonnes habitudes, nous regrettons que la maladie ne nous ait permis que pendant trop peu de temps d'apprécier à sa juste valeur l'esprit célèbre de ce maître érudit.

Les quelques notions de spécialité ophtalmologique et oto-rhino-laryngologique que nous possédons, et qui, paraît-il, sont d'une grande utilité pour un futur médecin colonial, nous les devons aux bonnes leçons de M. le Professeur agrégé Beauvieux et à M. le Professeur agrégé Despons.

Un très court passage aux laboratoires de l Hôpital Saint-André nous a permis, sous la direction éclairée de M. le Professeur agrégé Damade, d'en retirer un profit dont nous avons déjà mesuré la valeur.

Enfin, nous ne voulons pas terminer sans parler d'un très beau service que nous aurions voulu connaître de toute autre manière : celui de M. le Professeur Rocher. Nous lui conserverons une profonde reconnaissance, ainsi qu'à tout son entourage, et particulièrement à son chef de clinique, notre ami Pouyanne, de nous avoir, avec tant de bonté, de dévouement et de science, tiré d'un très mauvais pas.

ÉTUDE STATISTIQUE

DES

HYSTÉRECTOMIES

(CANCER EXCEPTÉ)

PRATIQUÉES A BORDEAUX DE 1926 A 1936

(Service de Clinique gynécologique du Professeur GUYOT)

INTRODUCTION

Un travail sur une question aussi connue, aussi complètement étudiée que celui des hystérectomies, semble bien téméraire.

Mais un sujet, en médecine, n'est jamais complètement et parfaitement connu. La preuve en est dans ces perpétuels revirements dont l'histoire de la médecine abonde et qui rendent l'étude de cet art si passionnante, mais aussi parfois si décevante.

Nous n'avons aucunement l'intention d'apporter quelque chose d'original dans un domaine où nous manquons si complètement d'expérience. Mais un matériel clinique est toujours un appoint digne d'attention.

Nous présentons sous la forme un peu aride et conventionnelle de statistique (la médecine est assez brouillée avec tout ce qui a un aspect mathématique) l'étude de 442 observa-

tions d'hystérectomies (en éliminant les hystérectomies pour cancer) pratiquées dans le service de M. le Professeur Guyot de 1926 à 1936.

Ces opérations ont successivement été faites à l'Hôpital du Tondu (1926-1927), à l'Hôpital André-Boursier (1927-1934), à l'Hôpital Saint-André (1934-1936).

Les chirurgiens furent : M. le Professeur Guyot et ses aides, assistants et chefs de clinique.

Après quelques considérations sur les modalités techniques adoptées dans le service, nous ferons une étude statistique des indications qui ont amené les malades à se faire opérer, des méthodes utilisées, des diverses complications qui ont pu assombrir les suites opératoires et de la mortalité.

CHAPITRE PREMIER

LA TECHNIQUE

Avant de commencer l'exposition de cette statistique, nous avons l'intention d'exposer quelles sont les particularités des méthodes du service.

Dans la fameuse querelle entre totalistes et subtotalistes, notre maître, M. le Professeur Guyot, est franchement dans ce dernier camp.

Quand les indications en sont nettes, il pratique évidemment des hystérectomies totales. Mais chaque fois qu'il lui est possible de le faire, il garde sa préférence pour la subtotale : « plus simple, plus rapide, moins hémorragique, plus aseptique que l'hystérectomie totale, qui produit un délabrement pelvien plus considérable; il n'est pas possible qu'elle ne soit pas moins grave ». « Les suites sont plus régulièrement bonnes. Les incidents postopératoires plus rares et, toutes choses égales d'ailleurs, la mortalité moindre. » (J.-L. Faure.)

Au point de vue de la *technique opératoire*, M. le Professeur Guyot utilise le plus habituellement le procédé classique de Delagenière ou le procédé américain de Kelly.

Exceptionnellement, il emploie le procédé de décollation de J.-L. Faure ou le procédé d'ablation première de l'utérus de Terrier. Presque jamais le procédé d'hémisection utérine.

Assez souvent, dans les cas où les annexes sont très adhérentes aux parois du petit bassin, M. le Professeur Guyot utilise un procédé qui lui est personnel et qui facilite beaucoup l'extirpation des masses adhérentes.

Ce *procédé personnel* consiste dans l'ouverture du ligament large après section entre deux pinces du ligament rond. On crée ainsi une voie d'accès qui permet d'introduire

le doigt dans l'espace rétro-utérin et de décoller d'avant en arrière les annexes.

Après la section conique du col de l'utérus, on pratique systématiquement la cautérisation de la muqueuse au thermocautère.

Grâce à ce procédé de *thermocautérisation du col utérin*, on prévient les risques de néoplasmes secondaires du col restant. M. le Professeur Guyot, dans sa pratique qui date de vingt ans, n'en a jamais observé un seul cas.

D'autre part, on guérit radicalement les métrites cervicales chroniques si fréquentes et qui constituent un des principaux motifs des préférences de certains chirurgiens pour l'hystérectomie totale.

La *ligature* des différents pédicules, et en particulier du pédicule lombo-ovarien, se fait en transfixiant le ligament large avec ligatures séparées des pédicules.

L'avantage de cette méthode est de fixer la ligature et de prévenir ainsi la rétraction du vaisseau, qui, se libérant, entraîne une hémorragie secondaire souvent mortelle. Nous n'avons vu en dix ans aucune hémorragie grave dans le service.

C'est donc là un procédé supérieur à la ligature des pédicules sur pince ou à la ligature simultanée et en huit de chiffre du ligament rond et du pédicule lombo-ovarien dans laquelle, si on ne serre pas suffisamment le fil, la rétraction des deux éléments, qui se fait d'ailleurs en sens inverse, expose au lâchage et à l'hémorragie postopératoire.

La *péritonisation* se fait le plus souvent suivant le procédé en demi-lune unissant péritoines antérieur et postérieur, mais on pratique assez fréquemment le cloisonnement colo-vésical du petit bassin en suturant à la Chaput le péritoine vésical au péritoine du côlon sigmoïde.

Dans les fibromes, M. le Professeur Guyot emploie souvent un *procédé de péritonisation en double bourse à la Phaneuf*. On pratique un point d'arrêt sur le milieu de la surface à

péritoniser et on péritonise ensuite en allant de ce point d'arrêt vers les côtés.

Au point de vue du *drainage*, M. le Professeur Guyot expose ainsi ses idées au Congrès de chirurgie de 1927 :

« Dans les cas strictement aseptiques, kystes de l'ovaire, hydrosalpinx, fibromes, hématosalpinx, je ne fais pas de drainage.

» Dans les cas moyens, fibrome et annexite, hématocèle rétro-utérine, je draine par l'abdomen ou le vagin.

» Dans les opérations septiques, larges, difficiles : pyosalpinx et pelupéritonites étendues, Mikulicz-Faure.

» C'est une merveilleuse méthode, mais méthode d'exception. » « Au point de vue chirurgie gynécologique, le grand argument est l'ignorance complète où l'on se trouve du degré de septicité des malades. Chez les unes, opérées en plein pus, les suites sont simples, et quand l'infection paraît modérée, après l'opération la plus correcte, nous voyons survenir des accidents infectieux redoutables, que ni la fièvre, ni la recherche du streptocoque avant l'opération, si souvent négative dans les sécrétions vaginales, ne pouvait faire prévoir. Il est incontestable que le Mikulicz a sauvé beaucoup d'opérées.

L'*appendicectomie complémentaire* se pratique environ une fois sur trois.

Elle n'est pas faite chez les malades fatiguées; après une longue opération, quand l'anesthésie est défectueuse; après les opérations septiques portant sur un petit bassin infecté; enfin, lorsque l'appendice ne se présente pas bien et qu'il faut aller loin la chercher dans le ventre avec risques de contamination de la grande cavité abdominale.

La *fermeture de la paroi* se fait par un surjet péritonéal, des points séparés musculo-aponévrotiques, suture de la peau et parfois fils métalliques extrapéritonéaux.

Enfin, chaque fois que l'on a affaire à une femme jeune et que cela est possible, on lui fait, en fin d'opération, une *greffe ovarienne* suivant la méthode de Douay modifiée.

« M. le Professeur Guyot a ainsi modifié la technique de Douay. En fin d'opération, le plan musculo-aponévrotique ayant été suturé, deux pinces érignes écartent les bords de la plaie opératoire, au niveau de son tiers inférieur. Au niveau du tissu cellulo-adipeux ainsi tendu et sur les deux bords de la plaie, on fait une incision au bistouri, profonde, d'environ 1 centimètre, en se dirigeant vers les grandes lèvres.

» Par les incisions ainsi faites, on enfonce vers l'extrémité supérieure des grandes lèvres une grande pince courbe de Richelot qui crée ainsi un tunnel jusqu'à la partie moyenne de la grande lèvre dans lequel on dépose la greffe.

» Cette technique ne doit pas être utilisée chez des malades ayant saigné beaucoup en cours d'opération, car elle risque de provoquer, par dilacération des tissus, un hématome de la grande lèvre plus ou moins important.

» Elle ne doit pas non plus être pratiquée lorsqu'on termine l'intervention par un drainage à la Mikulicz ou avec un drain ordinaire, car elle risquerait de faciliter l'infection du greffon en établissant une communication entre le drainage et la greffe.

» Dans ces cas, il est toujours facile de fermer par une ligature au catgut l'orifice supérieur du tunnel. »

Des injections complémentaires d'antéhypophyse stimulent d'ailleurs l'action de ces greffes (Courriades) dans les cas où celle-ci est insuffisante.

Pour terminer, il convient d'insister sur le fait que M. le Professeur Guyot attache une grande importance au choix de l'*anesthésie*. Dans la majorité des cas, on emploie l'éther donné à l'aide de l'excellent appareil d'Ombrédanne. Mais chaque fois qu'on relève dans l'histoire de la malade une note pulmonaire, on utilise de préférence le chloroforme, ou mieux le mélange éther-chloroforme de Schleich. Ce n'est que très rarement que l'on a fait une rachi-anesthésie (hystérectomies par voie vaginale en particulier).

CHAPITRE II

ETUDE STATISTIQUE DES INDICATIONS

Notre statistique porte sur 442 malades. Elle ne comporte pas les hystérectomies pour cancer. Nous avons donc éliminé tous les néoplasmes du corps et du col de l'utérus et toutes les tumeurs des ovaires suspectes de malignité.

Evidemment, la plupart des indications ont été constituées par des fibromes et des lésions annexielles, annexites et kystes de l'ovaire.

Fibromes.

« L'hystérectomie subtotale pour fibrome, disait Jean-Louis Faure, est la reine des opérations abdominales. »

Nous avons réuni 164 *fibromes*. Ils peuvent ainsi se répartir :

107 *fibromes simples*, c'est-à-dire ni compliqués de nécrobiose, d'infection ou de sphacèle, ni accompagnés d'annexite importante, de kyste de l'ovaire notable ou de cancer du corps ou du col.

13 *fibromes compliqués* de torsion, de nécrobiose ou de sphacèle d'une importance suffisante pour en modifier nettement la symptomatologie.

Enfin, 42 *fibromes* étaient *accompagnés* de lésions annexielles :

Fibrome et annexite : 37;
Fibrome et kyste de l'ovaire : 5;

Ajoutons fibrome et grossesse : 2.

Dans ces deux cas, l'hystérectomie subtotale a été le temps complémentaire d'une césarienne abdominale.

Dans l'un et l'autre cas, l'enfant est né vivant et la mère n'a présenté aucunes complications postopératoires.

Il nous a paru assez intéressant de noter l'âge moyen des malades opérées pour fibrome :

11,6 p. 100 de ces fibromateuses étaient dans leur vingtième année;
39,9 p. 100 dans leur trentième;
33,2 p. 100 dans leur quarantième;
13,3 p. 100 dans leur cinquantième.

5 malades seulement avaient plus de 60 ans.

Parmi elles, la plus âgée avait 75 ans. Le diagnostic postopératoire avait été chez elle celui de tumeur de Crukenberg. A l'opération, on découvrit qu'il ne s'agissait que d'un fibrome utérin calcifié. Les suites opératoires furent parfaites.

Ces 164 hystérectomies se divisent en :

161 hystérectomies abdominales, dont : 12 hystérectomies totales; 147 hystérectomies subtotales; 2 hystérectomies fundiques;
et 3 hystérectomies vaginales faites pour des polypes fibreux.

Annexites.

214 hystérectomies ont été pratiquées pour des métro-annexites, ainsi réparties :

Annexites *simples*, 104 cas;
Annexites *suppurées*, 110 cas.

Le premier groupe contient les annexites inflammatoires non suppurées et les ovarites sclérokystiques.

Le deuxième, les pyosalpinx et les abcès de l'ovaire.

Comme pour les fibromes, nous avons fait une *statistique d'âge* :

36,4 % des malades étaient dans leur vingtième année;
41,4 % dans leur trentième année;
18,9 % dans leur quarantième année;
une (0,46 %) avait plus de 50 ans;
six (2,8 %) avaient moins de 20 ans.

La plus jeune de ces malades avait 17 ans et un sérieux passé gynécologique, car gonococcique et spécifique.

Kystes de l'ovaire.

Notre statistique comporte 22 kystes de l'ovaire.

Nous n'avons retenu que les tumeurs kystiques bénignes, les cysto-épithéliomas et les tumeurs solides n'entrant pas dans le cadre de notre étude.

Parmi ces kystes de l'ovaire, il y avait :

18 *kystes mucoïdes;*
2 *kystes dermoïdes;*
2 *kystes du parovaire.*

Trois des kystes mucoïdes étaient *suppurés.*

Enfin dans un dernier groupe nous rangeons les diverses indications des hystérectomies du service qui ne répondent à aucun des groupes précédents.

C'est ainsi que 42 hystérectomies ont été faites pour :

21 *grossesses ectopiques;*
9 *métrites;*
6 *prolapsus;*
2 *abcès utérins;*
3 *perforations utérines;*
1 *kyste hydatique* inclus dans le ligament large;
1 *kyste du Douglas.*

Les malades atteintes de *grossesses ectopiques* sont entrées dans le service, les unes avec le tableau clinique aigu

de rupture de grossesse tubaire, les autres avec un hématosalpinx ou une hématocèle rétro-utérine :

4 hématosalpinx;
5 hématocèles;
1 grossesse extra-utérine rompue.

Deux de ces malades avaient déjà été opérées pour grossesse ectopique au niveau de la trompe opposée.

Voici l'observation de l'une de ces malades, intéressante, car la récidive de grossesse ectopique peut s'expliquer par l'existence d'un kyste de l'ovaire.

32.220. — L...; 39 ans. Déjà opérée en 1929 de grossesse extra-utérine droite. Revient à l'hôpital en 1932 pour douleurs et hémorragies après un retard de règle. La réaction de Brouha est positive. Traitement médical de quarante jours.

Malgré cela, les douleurs persistent. On pratique alors une intervention qui montre l'existence d'une grossesse tubaire gauche avec kyste de l'ovaire gauche et existence d'une légère hématocèle. Hystérectomie subtotale. Greffes ovariennes. Exeat en bonne santé vingt-cinq jours après l'opération.

Les indications opératoires des *métrites* ont été posées, soit à la suite d'hémorragies récidivantes rebelles à tout traitement médical, soit quand la question du néoplasme s'est posée, le diagnostic de la bénignité de la lésion n'ayant pu être précisé que postopératoirement.

Les indications des hystérectomies pour *prolapsus* ont été les suivantes :

— Une hystérectomie pour prolapsus récidivé;

— Cinq hystérectomies pour prolapsus avec lésions utérines (utérus prolabé, métritique ou fibromateux);

Les deux *abcès utérins* ont été opérés à la suite d'accidents septico-pyohémiques *post partum*. L'hystérectomie d'urgence n'a pu sauver aucune des deux malades.

Les trois *perforations utérines* sont dues, l'une à une tentative d'avortement, les deux autres à un accident de curetage.

Les trois malades ont guéri. L'une a eu postopératoirement une phlébite du membre inférieur.

Enfin, voici le résumé d'une observation d'un cas rare de *kyste hydatique inclus du ligament large.*

34.937. — L... J., 66 ans. Début par un ictus, à la suite duquel on constate l'existence d'une tumeur abdominale du volume d'une tête d'adulte. On porte le diagnostic de kyste de l'ovaire. Intervention le 6 décembre 1934. A la ponction du kyste, on remarque un liquide trouble chargé de membranes et de vésicules filles. On rectifie le diagnostic et on pratique la marsupialisation du kyste suivie d'hystérectomie subtotale. Mise en place d'un Mikulicz et d'un drain de caoutchouc.

Casoni : douteux. Weinberg-Parvu : négatif. Guérison avec persistance d'un trajet fistuleux qui se termine en cul-de-sac (lipiodol et radiographie).

CHAPITRE III

ETUDE STATISTIQUE DES TECHNIQUES OPERATOIRES

Après avoir exposé au début de notre travail les différentes méthodes en faveur dans le service, nous allons préciser leur fréquence relative sans aucuns commentaires.

Technique.

Sur 442 hystérectomies :

28 hystérectomies totales;
404 hystérectomies subtotales;
2 hystérectomies fundiques;
8 hystérectomies vaginales.

Les 404 hystérectomies subtotales se répartissent ainsi au point de vue de leurs indications :

Fibromes, 147;
Annexites, 207;
Kystes de l'ovaire, 19;
Grosseurs ectopiques, 20;
Perforations utérines, 3;
Métrites 4;
Kyste de Douglas, 1;
Kyste hydatique du ligament large, 1;
Prolapsus, 2.

Les 28 *hystérectomies totales* ont portés sur :

12 fibromes;
7 annexistes;
3 kystes de l'ovaire;
3 métrites;
1 grossesse ectopique;
2 abcès utérins.

Les 8 *hystérectomies vaginales* furent faites pour 3 polypes fibreux, 4 prolapsus et 1 métrite.

Les 2 *hystérectomies fundiques* pour deux fibromes.

Parmi les hystérectomies subtotales les procédés employés ont pu être précisés 358 fois :

	Fibromes	Annexites	Kystes	Divers	Total	%
Procédé classique	108	125	3	21	257	71,1
Procédé américain	23	44	11	8	86	24,4
Procédé par décollation	5	4	0	0	9	2,8
Procédé de Terrier	2	0	2	0	4	1,1
Procédé par hémisection utérine ..	0	2	0	0	2	0,6
	138	175	16	29	356	

Le procédé personnel de ligature première du ligament rond a été employé 8 fois.

Le mode de péritonisation employé dans 350 hystérectomies subtotales et totales fut :

— Cloisonnement du petit bassin à la Chaput : 74, soit dans 22 % des cas;

— Autre procédé : 276.

Le procédé de péritonisation en double bourse à la Phaneuf a été utilisé 40 fois.

Drainage.

Voici un tableau résumant les modes de drainage dans les hystérectomies abdominales :

	Fibromes	Annexites	Kystes	Divers	Total
Pas de drainage	22	11	0	0	33
Drainage abdominal	105	108	8	16	237
Drainage vaginal	3	10	3	0	16
Mikulicz	12	66	10	13	101
Drainage inconnu	18	19	1	8	36
	161	214	22	37	

Précisons que, parmi nos fibromes, il y avait 42 fibromes compliqués de lésions annexielles, ce qui explique le chiffre élevé de Mikulicz.

Ces chiffres nous donnent le pourcentage suivant :

— Les hystérectomies par fibrome ont été drainés dans 75,9 % des cas. Ce drainage a été tubulaire dans une proportion de 67,4 % et à la Mikulicz dans une proportion de 8,5 %.

— Les hystérectomies pour annexites ont été drainées dans une proportion de 94,5 %, Drainage à la Mikulicz 33 %.

— Les hystérectomies pour kystes des ovaires ont toutes été drainées, et on a placé un Mikulicz dans 44 % des cas.

Appendicectomie complémentaire.

Sur 434 hystérectomies abdominales, on a pratiqué l'appendicectomie complémentaire 134 fois, soit dans une proportion de 30,8 %.

Greffes ovariennes.

Depuis 1932, nous en avons noté 26 pour 148 hystérectomies abdominales.

CHAPITRE IV

ETUDE STATISTIQUE DES COMPLICATIONS

Nous avons soigneusement relevé sur les observations du service et sur le cahier d'opérations — qui sont très régulièrement tenus à jour — les complications suivantes survenues soit au cours de l'opération, soit pendant les suites opératoires.

Au cours de l'opération.

Deux fois le compte rendu cite une incision accidentelle d'une anse grêle.

Dans le premier cas, l'anse était adhérente à une ancienne cicatrice de la paroi, la malade ayant déjà été opérée quelques années auparavant. En faisant la nouvelle incision sur la cicatrice de l'ancienne, on a perforé l'intestin. Suture immédiate. Rien dans les suites opératoires n'a décelé cet incident.

Dans l'autre cas, l'intestin était adhérent à un volumineux pyosalpinx et fut déchiré pendant le décollement. On pratiqua une résection et on rétablit la continuité à l'aide d'un bouton de Jaboulay.

La malade est morte vingt jours après de péritonite.

— Quatre fois la vessie fut déchirée, alors que l'on décollait des pyosalpinx adhérents.

Dans trois de ces cas, il n'y a pas eu de suites; dans l'autre cas, la malade étant morte du choc le lendemain (l'opération avait été longue et difficile), la nécropsie révéla l'existence de trois petites déchirures de la vessie, dont deux seulement avaient été suturées.

A ces quatre observations, nous ajoutons celle d'un cas où, après l'opération, le sondage vésical révéla la présence d'un peu de sang dans la vessie. Il n'y eut pas de suites.

— Une fois le rectum a été déchiré sans complications

— Enfin, nous devons signaler un curieux incident qui nous prouve que l'on ne saurait trop prendre de précautions pendant le maniement du thermocautère au cours de l'intervention. A la fin d'une hystérectomie subtotale, alors que l'on procédait à la thermocautérisation du col restant, une compresse péritonéale imbibée d'alcool s'enflamma. Le feu se communiqua immédiatement au liquide anesthésique — il s'agissait du mélange de Schleich. Il fut immédiatement étouffé, et la malade ne s'est ressentie aucunement par la suite de ce fait divers.

— Nous avons également recueilli 5 syncopes anesthésiques — syncopes blanches — qui, après quelques instants d'émotion, sont rentrées dans l'ordre. Trois fois, il s'agissait d'une anesthésie à l'éther, une fois de chloroforme et une fois du mélange de Schleich.

Complications postopératoires.

Nous avons fait une étude globale des accidents postopératoires. Ce n'est que dans les complications les plus importantes que nous avons spécifié la technique employée et l'affection en cause et comparé entre elles les statistiques en fonction de ces variétés.

Ces complications peuvent être immédiates, précoces, secondaires.

La complication immédiate est constituée par *le choc opératoire*, d'autant plus grand que la femme est plus fatiguée par des hémorragies (fibrome, grossesse extra-utérine) ou par l'infection prolongée de la salpingite et que l'opération a été plus difficile et plus longue.

Nous avons noté les seuls cas où le choc a entraîné la mort — malades succombant le jour même ou le lendemain de l'opération. Ces cas sont au nombre de 5, soit un pourcentage de 1,12 %.

Les accidents précoces sont, avant tout, des *accidents pulmonaires*. Leur gravité est essentiellement variable. 14 fois elle a été suffisante pour être notée sur l'observation (3,08 %). Les unes sont constituées par des broncho-pneumonies, les autres par des congestions pulmonaires ou pleuro-pulmonaires (1 cas où la ponction pleurale a retiré un liquide citrin).

Précoces sont aussi les *accidents hémorragiques postopératoires*. Il est à remarquer que notre statistique ne fait mention d'aucune hémorragie grave, ce qui est une preuve de l'excellence, au point de vue hémostase, de la technique utilisée dans le service.

La seule hémorragie externe que nous ayons trouvée est une hémorragie vaginale de peu d'abondance au seizième jour, marquant probablement la chute d'une escarre du col utérin dû à la thermocautérisation.

Cette métrorragie est le seul incident dû à cette pratique que nous avons observé :

Elle fait partie des accidents secondaires de l'hystérectomie subtotale qui vont maintenant être étudiés.

Les *hématomes sous-péritonéaux* sont plus fréquents dans notre série (16 cas). Ils ont été habituellement diagnostiqués au moment du toucher vaginal, pratiqué à la convalescence de l'opérée. Leur gros danger est dû à ce qu'ils sont susceptibles de s'infecter. Deux de ces hématomes ont à ce sujet donné des inquiétudes; dans les deux cas, le repos, la glace sur le ventre, ont été suffisants pour les faire résorber sans complications.

La fréquence de cette complication a ainsi été de 3,52 %.

Deux fois, des hématomes anciens qui ne s'étaient pas résorbés posèrent l'indication opératoire.

Une fois, il s'agissait d'une hystérectomie subtotale (obs. 33.024) dans laquelle l'hémostase avait été impossible. La malade revint dans le service dix mois après, avec un hématome enkysté du Douglas. Un mois de traitement médical n'ayant donné aucun résultat, on dut intervenir.

L'autre observation, qui ne manque pas de piquant, porte sur une malade opérée d'hystérectomie subtotale par un des plus renommés chirurgiens de Paris lors d'un Congrès de gynécologie (obs. 31.058). L'utérus fibromateux, accompagné d'un volumineux kyste de l'ovaire, fut magistralement enlevé par le procédé américain. A noter que le kyste s'était rompu pendant l'opération. Le ventre fut refermé sans drainage.

Vingt-cinq jours après, à l'occasion d'une poussée de température, on fit un examen complet de la malade et on constata l'existence d'une grosse masse fluctuante au niveau du flanc droit, ne donnant pas le contact lombaire. Le diagnostic d'hydronéphrose fut discuté et rejeté à la suite d'un cathétérisme des uretères et d'une radiographie.

On pensa alors à un kyste hématique. La malade ayant refusé de se laisser opérer, on ne put confirmer le diagnostic.

Les *accidents abdominaux* inflammatoires et mécaniques sont au nombre de trois : péritonite, occlusion intestinale, dilatation aiguë de l'estomac.

La *péritonite* s'est déclarée après 5 subtotales pour annexites, dont 4 pyosalpinx, elle a entraîné chaque fois la mort, et nous étudierons ces observations au chapitre suivant.

Nous n'avons pas eu d'observation d'*occlusion intestinale*.

Enfin, 7 fois une *dilatation d'estomac* à compliqué les suites opératoires (1,6 %) :

6 sont rentrées dans l'ordre après lavages d'estomac répétés;

1 a entraîné la mort.

Cette complication s'est rencontrée à la suite d'hystérectomies (6 subtotales, 1 totale) pour :

Fibromes, 3;

Annexite, 1.

Les *complications phlébitiques* sont toujours à redouter durant la convalescence des hystérectomisées. Au nombre de 26, elles donnent un pourcentage de 5,9 %.

Nous avons réuni 20 observations de phlébites postopératoires des membres inférieurs, soit un pourcentage de 4,5 %.

Elles ont présenté les formes cliniques suivantes :

Phlébite unilatérale, 14;
Phlébite double ou phlébite à bascule, 3;
Phlébite à rechute, 2;
Phlébite à début embolique, 1.

Ces phlébites se sont compliquées d'embolies 4 fois, dont 1 embolie mortelle.

Elles ont deux fois été suivies de mort, l'une par embolie, celle dont nous venons de parler, l'autre par cachexie avec un tableau de septico-pyohémie ayant duré cinq mois.

Mais en dehors de la phlébite visible du membre inférieur, 6 fois une *embolie* marquée avec son début brusque et ses crachats hémoptoïques est venue prouver l'existence d'une phlébite profonde.

Une de ces embolies sans signes cliniques superficiels de phlébite a foudroyé la malade.

Nous précisons enfin que ces phlébites du membre inférieur ont compliqué 19 hystérectomies subtotales et 1 fundique, dont les indications avaient été :

8 fibromes (4,9 %);
7 annexites (3,27 %);
3 kyste de l'ovaire (7 %);
1 perforation utérine;
1 hématocèle.

Enfin, parmi les diverses autres complications secondaires, rencontrées au cours de notre statistique, nous avons noté :

7 *pyélonéphrites*, marquées par des lombalgies et de la pyurie, vite calmées par le traitement à l'uroformine;

2 *parotidites*, dont une suppurée (obs. 32.084);

1 *rétention d'urine* persistante ayant nécessité huit jours de sondage; les petites rétentions d'urines, si fréquentes, durant deux ou trois jours n'ayant pas été notées sur les observations;

2 *fistules stercorales* ayant duré, l'une vingt jours, l'autre ayant nécessité une réintervention qui eut plein succès (obs. 31.064);

1 *fistule urinaire*, avec écoulement d'urine par le vagin, qui guérit par un simple traitement au repos et à la glace.

21 *complications pariétales*, constituées par des hématomes simples ou suppurés :

Hématomes simples, 11;

Hématomes suppurés, 9,

et par une suppuration pariétale profonde.

Pourcentage : 4,72.

Enfin, dans 2 cas, au moment de l'ablation des points, il s'est produit un décollement partiel de la paroi sans suppuration.

Dans les 2 cas, le B.-W de ces malades était négatif. Il a dû probablement s'agir de phlébite pariétale.

En résumé, le pourcentage des accidents précoces et secondaires est, dans notre statistique, de :

Accidents pulmonaires, 3,08 %;
Hématomes sous-péritonéaux, 3,52;
Péritonites, 1,22 %;
Dilatation aiguë de l'estomac, 1,6 %;
Phlébites des membres inférieurs, 4,5 %;
Accidents emboliques, 1,36 %;
Hématomes pariétaux, 4,72 %.

Nous n'avons pas pu étudier les *suites tardives* des hystérectomies du service, car nos observations ne portent que sur la durée de séjour des maladies à l'hôpital.

Pourtant, il nous est possible de faire quelques remarques. Parmi les complications tardives des hystérectomies, il en est deux sur lesquelles les chirurgiens ont surtout porté leur attention : les troubles de la ménopause chirurgicale et les complications portant sur le col restant après hystérectomie subtotale.

Contre les premières, nous avons déjà dit que M. le Professeur Guyot pratique, depuis 1932, des greffes ovariennes suivant le procédé de Douay, modifié par lui-même.

Ces greffes n'agissent que temporairement, car elles sont destinées à se résorber en deux ou trois ans, mais, dans la majorité des cas, elles assurent pendant cette période un équilibre physiologique relativement parfait et présentent cet avantage de permettre aux malades de franchir insensiblement le cap de la ménopause.

Nous devons à l'obligeance de notre ami Courriades, chef de clinique de M. le Professeur Guyot, l'autorisation de résumer une statistique de 20 cas de greffes, déjà publiée dans le *Journal de médecine de Bordeaux*.

Sur ces 20 cas, le résultat fut bon ou parfait 14 fois, soit dans plus des 3/4 des cas.

Parmi les 6 résultats imparfaits, 3 fois la stimulation du greffon inopérant par une série de 6 injections intramusculaires d'antéhypophyse fut faite avec succès.

Une fois, il s'est produit une suppuration de la grande lèvre et une fois un hématome.

Quant aux complications cervicales, soit métrite, soit néoplasme, M. le Professeur Guyot les prévient par la thermocautérisation de la muqueuse du col restant.

Pourtant, nous avons trouvé une observation (35.185, D. H.) où la malade avait été hystérectomisée en 1932 pour rétroversion et annexite. Elle est revenue trois ans après l'opération, en 1935, pour métrite du col avec pertes purulentes et douleurs rebelles à tout traitement médical. On dut lui pratiquer pour la guérir une opération de Cotte.

Nous avons vérifié que la thermocautérisation avait bien été faite.

Quant au néo du col restant, M. le Professeur Guyot n'en a jamais vu chez ses opérées. Nous avons bien trouvé une observation de néo du col restant (35.185), mais cette malade avait été opérée par un autre chirurgien sans thermocautérisation.

CHAPITRE V

ETUDE STATISTIQUE DE LA MORTALITE

Notre statistique comporte un chiffre de 31 décès pour 442 hystérectomies, ce qui donne un pourcentage de mortalité de 7,04 %.

Mais ceci n'est qu'un chiffre global qui porte sur des cas cliniques de gravité très différente pour lesquels on a utilisé des techniques multiples, chiffre qui mérite quelque discussion.

Il conviendra de grouper entre elles les observations dans lesquelles la technique aura été la même et où les indications auront été comparables.

Mais d'abord nous allons les examiner en étudiant les divers accidents qui ont entraîné la mort.

Les causes des décès furent les suivantes :

Péritonite, 5 décès (1,22 %);
Dilatation aiguë de l'estomac, 1 décès (0,22 %);
Choc opératoire, 5 décès (1,22 %);
Défaillance cardiaque, 3 décès (0,68 %);
Complications pulmonaires, 6 décès (1,36 %);
Complications phlébitiques, 3 décès (0,68 %), dont : 1 décès par septicémie et phlébite des membres inférieurs; 2 décès par embolie foudroyante;
Septicémie, 3 décès (0,68 %);
Insuffisance hépatique aiguë, 1 décès;
Complexe infectieux et urémique, 1 décès;
Azotémie aiguë postopératoire, 1 décès;
Causes inconnues, 2 décès.

Nous avons essayé de noter dans chacun de ces cas les raisons qui, dans l'histoire de l'opération ou le passé de la malade, pouvaient expliquer l'échec de l'intervention.

Péritonites.

Elles ont emporté les malades à la suite d'interventions portant toutes sur des affections septiques du petit bassin.

Toutes avaient été drainées, dont trois largement par un sac à la Mikulicz, la dernière malade par un drain abdominal non perforé.

Voici les cinq observations.

Observation I.

29,105. — R. A..., 37 ans, entre à l'hôpital pour douleurs et pertes de sang. Au toucher, on constate l'existence d'une volumineuse masse arrondie semblant faire corps avec l'utérus et remontant à un travers de doigt au-dessus du pubis. Un traitement médical préopératoire de vingt-cinq jours est institué.

Hystérectomie (31 décembre 1929) : On constate dès le ventre ouvert l'existence d'un volumineux *pyosalpinx* accolé à l'utérus en arrière et à droite. Après protection du péritoine avec des compresses, on décolle la masse adhérente au rectum. Ceci faisant, on ouvre le pyosalpinx dont le pus est aspiré à l'aspirateur électrique. On constate l'existence au fond du Douglas d'une *hématocèle suppurée*. On pratique une hystérectomie subtotale par le procédé américain, en enlevant en bloc la masse et en entraînant en arrière la poche de l'hématocèle. Ligature de tous les pédicules, drainage par drain vaginal, sac de Mikulicz avec quatre mèches et drain intrapéritonéal.

Après l'opération, choc assez important. Pouls à 150 et température aux environs de 38 degrés. Sérum, tonicardiaques, abcès de fixation. Trois jours après, des phénomènes péritonéaux se déclarent et la malade meurt cinq jours après l'opération.

Observation II.

29.077. — D..., 32 ans. Entre à l'hôpital pour douleurs. Le diagnostic de *pyosalpinx* est porté. A l'intervention (16 mai 1929), on aperçoit dans le ventre ouvert des gâteaux de *péritonite enkystée*, avec pyosalpinx et kyste de l'ovaire. Nombreuses adhérences postérieures. On pratique une hystérectomie subtotale par le procédé de section première du col de l'utérus. Au moment où la tumeur est extériorisée, il s'écoule un peu de pus sur les compresses protégeant le péritoine.

Drainage à la Mikulicz, sans drain de caoutchouc. Pendant dix jours, les suites opératoires sont normales. La malade rend ses gaz et va une fois à la selle.

Le 21, purgation et lavement.

Le 25, brusque ascension du pouls à 140. Vomissements, arrêt des matières et des gaz, mais ventre souple et non douloureux.

Mort le 28 en algidité.

Observation III.

30.120. — B..., 32 ans. Diagnostic : *pyosalpinx*. Pas de traitement médical préopératoire.

A l'intervention (26 juin 1930), volumineux pyosalpinx adhérent au grêle et au cæcum.

Au cours du décollement, une anse grêle est sectionnée. Hystérectomie par le procédé habituel. Résection de l'anse lésée et rétablissement de la continuité du segment intestinal par un bouton de Jaboulay. Mikulicz à trois mèches, compresse péritonéale et drain de caoutchouc. Durée, 65 minutes. Phénomènes péritonéaux au dix-neuvième jour, cinq jours après l'ablation du sac de Mikulicz, et mort le vingtième jour.

Observation IV.

1927. — M..., 33 ans. *Métroannexite post abortum.* Pas de traitement médical préopératoire.

Hystérectomie subtotale le 16 juillet 1927. On constate l'existence d'un double pyosalpinx. On pratique l'ablation de l'utérus et des annexes par le procédé américain. Drain vaginal. Mikulicz avec 3 mèches et drain abdominal non perforé.

Le soir, la température atteint 39°6. Pouls à 136.

Mort le 17, avec tableau de péritonite.

Dans deux cas, du pus s'est répandu dans le champ opératoire. Dans un cas, une anse grêle a été sectionnée. Dans la dernière observation, il s'agissait d'un pyosalpinx, mais le compte rendu opératoire ne fait mention d'aucun épanchement purulent durant son extirpation.

Malgré un drainage soigneux, la péritonite s'est déclarée.

Il convient de remarquer dans ces quatre cas l'échec du drainage par le procédé de Mikulicz.

Observation V.

32.076. — M. H..., 33 ans. Malade ayant déjà subi un traitement médical pour métro-annexite en août 1931, pour colopathie mucomembraneuse en octobre 1931. Revient en 1932 pour douleurs du bas-ventre.

Diagnostic : *Rétroversion* et *annexite.*

Hystérectomie subtotale (15 mars 1932) : On découvre un utérus en rétroversion fixé par des adhérences dues à une annexite bilatérale inflammatoire non suppurée. Ablation de l'utérus et des annexes par le procédé habituel. Péritonisation. Drain abdominal.

Le 18, vomissements et lavage de l'estomac.

Le 19, poussée de subictère, ventre ballonné, vomissements abondants, nouveau lavage qui ramène un liquide chocolat. Depuis, lavage d'estomac quotidien. Le 19, la malade n'a pas encore rendu ses gaz. Pouls à 140. Température : 39°2. Le 20, la malade rend

beaucoup de gaz. Le 23, l'abdomen reste très ballonné. On met dans la plaie un drain perforé et on pratique une irrigation au Dakin. Ceci n'amenant aucun bon résultat, on décide de réintervenir, par voie latérale, la plaie opératoire étant infectée.

Intervention (23 mars 1932) : Anesthésie locale + Kélène. On ne trouve que des anses dilatées et congestionnées. On pratique une cæcostomie.

Le 26, la malade, sur sa demande, quitte l'hôpital en très mauvais état et meurt le lendemain.

Dans ce cas, le procédé de Mikulicz n'a pas été employé. Peut-être aurait-on empêché la complication s'il avait été pratiqué, car rien d'anormal ne s'était passé durant l'opération. On a remarqué seulement l'existence d'adhérences serrées unissant le fond rétroversé de l'utérus et les annexes aux parois du petit bassin. L'indication d'un drainage plus large était difficile à poser. Notons l'échec de la cæcostomie d'urgence.

Dans tous ces cas, je n'ai pas pu préciser exactement s'il s'agissait d'annexites gonococciques ou streptococciques.

Dilatation aiguë de l'estomac.

Observation VI.

32.176. — L. J..., *fibrome utérin.*

Hystérectomie subtotale. Drainage abdominal. Le troisième jour, vomissements noirâtres, ballonnement. Mort le cinquième jour, malgré les lavages d'estomac et la médication stimulante.

Choc opératoire.

Nous avons mis dans ce groupe toutes les observations des opérées mortes le jour même ou le lendemain de l'opération sans qu'on puisse diagnostiquer une autre cause.

Voici les observations, au nombre de cinq.

Observation VII.

1928. — V. J..., 37 ans. *Métro-annexite streptococcique, avec pelvipéritonite* à la suite d'un accouchement datant de deux mois au moment de son entrée à l'hôpital.

Traitement médical durant 40 jours (propidon et cataplasmes chauds).

Intervention (28 décembre) : Schleich. On trouve un énorme pyosalpinx adhérent à la paroi abdominale, à la vessie, à l'anse sigmoïde, aux parois du bassin. Tissu adhérentiel lardacé, que l'on est obligé de séparer au bistouri. On ne trouve aucun plan de clivage. Il ne s'écoule pas de pus, le décollement étant fait sous aspirateur. Hystérectomie subtotale par le procédé ordinaire. Hémostase soignée. Mise en place d'un Mikulicz avec trois mèches, d'un drain abdominal et d'un gros drain vaginal. Durée, soixante-cinq minutes.

Choc opératoire très important. Traitement antichoc habituel, mais décès le lendemain de l'opération.

Dans le pus du *pyosalpinx*, on a trouvé du streptocoque.

Observation VIII.

1927. — R. M..., 50 ans. *Gros fibrome* accompagné de *pyosalpinx gauche.*

Opération difficile. Hémostase compliquée. Drainage par un Mikulicz.

Décès le soir même.

Dans ces deux observations, la difficulté et la longueur de l'opération expliquent la gravité du choc.

Observation IX.

30.098. — L. L..., 26 ans, entre à l'hôpital pour *appendicite* et *annexite*. Opération (28 février 1930) : Ether. Appendicectomie par le procédé habituel, les annexes étant enflammées des deux

côtés avec adhérences serrées, on décide une hystérectomie subtotale avec castration bilatérale. Péritonisation à la Chaput. Drain non perforé dans le Douglas. Opération sans incident.

Décès le lendemain.

Observation X.

1928. — G. L..., 39 ans, malade atteinte de goitre exophtalmique.

Opération ((20 juillet 1928) : Gros *fibrome* à développement antérieur sous-vésical. Hystérectomie subtotale par le procédé habituel. Péritonisation à la Chaput. Drainage abdominal. Opération difficile, car femme grasse et hémostase délicate. La pièce opératoire est constituée par un volumineux noyau fibromateux avec refoulement de la cavité utérine du côté droit qui, à la coupe présente une coloration rouge chair musculaire : myome rouge.

Décès le lendemain.

Chez ces malades, à l'inverse des précédents, les lésions n'étaient pas très intenses. La question du terrain doit entrer en ligne de compte. Elle est nette dans le cas de la malade de la seconde observation, femme grasse atteinte de goitre exophtalmique.

Observation XI.

1928. — S. M..., 45 ans. *Fibrome + annexite.* B.-W. +++. Hystérectomie subtotale. Drainage abdominal. Décès le soir même.

A la nécropsie, on constate que les sutures ont bien tenu. Une certaine quantité de sang dans le Douglas (75 g.) et trois perforations de la vessie dont la paroi était d'une extrême minceur.

Deux seulement de ces perforations avaient été suturées.

Ici, à la notion probable de la difficulté de l'opération (observation incomplète), s'ajoutent les découvertes de la nécropsie.

Défaillance cardiaque.

Le diagnostic a été posé quand la mort est survenue trop tard pour que l'on puisse parler de choc immédiat et quand aucune autre cause : péritonite, infection, hémorragies, n'a pu expliquer un affaiblissement progressif de la malade accompagné d'un pouls rapide et mal frappé.

Observation XII.

30.020. — L. M.., 50 ans. *Fibrome. Double kyste de l'ovaire.* Hernie ombilicale. Paroi très adipeuse.

Hystérectomie subtotale par le procédé de Terrier, le 4 avril 1930, avec ablation première de l'utérus par décollation primitive et ablation secondaire des kystes. Opération laborieuse. On termine par la cure de la hernie ombilicale. Drainage à la Mikulicz. Anesthésie au chloroforme sans incident.

Choc important. Selle le cinquième jour. Pouls vite rapide et incomptable. Mort le dixième jour.

Observation XIII.

1927. — B. E..., Diagnostic préopératoire : Kyste de l'ovaire. A l'intervention, on découvre un *hématosalpinx* avec annexite opposée. Hystérectomie subtotale sans incident par le procédé américain. Mikulicz, car péritonisation incomplète et hémostase non satisfaisante.

Depuis l'opération, le pouls monte en escalier jusqu'à 150.

Mort le quatrième jour.

L'autopsie, qui a été pratiquée, s'est montrée complètement négative.

Observation XIV.

36.065. — B. M..., 52 ans. Hystérectomie vaginale pour *fibrome*. Décès 12 jours après (observation incomplète).

Complications pulmonaires.

Elles ont existé dans six observations :

Observation XV.

1928. — B. J..., 32 ans, VI-pare. *Prolapsus* du deuxième degré + utérus polyfibromateux. Rachianesthésie à la syncaïne. Colpopérinéorraphie antérieure et postérieure avec myorraphie des releveurs.

Puis la rachi étant insuffisante, on pratique une anesthésie générale au Schleich. Hystérectomie subtotale sans incidents.

Choc très important. Dès le lendemain, température oscillante, 38 degrés, puis 39 degrés. Broncho-pneumonie.

Décès le douzième jour, malgré un traitement intensif : tonicardiaques, sérum, oxygène, vaccins, abcès de fixation.

Il serait possible de mettre la complication sur le compte de l'anesthésie mixte : rachi-anesthésie à la syncaïne suivie d'anesthésie générale au Schleich.

Nous n'avons pu préciser les raisons pour lesquelles cette malade, mère de six enfants, sans passé pathologique, mais d'aspect peu robuste, avait été anesthésiée par ces méthodes.

Observation XVI.

35.142. — C. J..., 36 ans. *Fibrome* accompagné *d'hémorragies considérables*. Anémie : 1.620.000 globules rouges avec 30 % d'hémoglobine le 2 juillet 1935, ramenée par le traitement (transfusion) à 3.720.000 hématies avec 55 % d'hémoglobine. Il s'agit également d'une tuberculose pulmonaire avec présence de B. K. dans les crachats.

Hystérectomie *totale* le 22 septembre 1935. On trouve un volumineux pyosalpinx avec un fibrome sous-muqueux. Greffe ovarienne.

Mort le 9 octobre 1935 de broncho-pneumonie.

Broncho-pneumonie chez une malade tuberculeuse après hystérectomie totale par pyosalpinx et fibrome sous-muqueux hémorragique.

Observation XVII.

1926. — L. C..., 46 ans, 8 grossesses. *Métro-annexite*. Hystérectomie, le 3 septembre 1926.

Décédée le quatrième jour de complications pulmonaires (observation incomplète).

Observation XVIII.

1926. — C. J..., 63 ans. Fibrome volumineux. Rien à signaler avant l'opération au point de vue pulmonaire.

Hystérectomie *totale* le 14 avril 1926. Opération difficile, avec forte hémorragie par suite du lâchage d'une pince. Mikulicz.

Mort le cinquième jour de complications pulmonaires.

Observation XIX.

32.178. — *Fibrome* inclus dans le ligament large. Hystérectomie subtotale. Appendicectomie.

Décès par complexe pulmonaire infectieux et acétonémique, cinq jours après.

Observation XX.

34.133. — F..., 46 ans. *Fibrome*.

Malade ayant eu déjà plusieurs poussées de congestion pulmonaire. Anesthésie à l'éther. Six jours après l'opération (hystérectomie subtotale, 19 juin 1934), le pouls étant grimpant, on immobilise la jambe droite, puis la jambe gauche. Dix jours après l'opération, on perçoit quelques râles aux deux bases : Révulsion, eucalyptine, abcès de fixation, ouabaïne, sérum de Weill et Duffour. Malgré tout, le pouls et la température continuent à monter. Brusquement le 11 juillet 1935, quinze jours après le début des accidents, après avoir présenté dans la nuit quelques phénomènes

de délire, la malade tombe brusquement dans le coma avec température à 40 degrés et pouls à 140.

Il s'agit là d'un accident pulmonaire lié à l'existence d'une phlébite très probable des deux membres inférieurs. Mais il existe un certain doute.

Cette observation est néanmoins entrée en ligne de compte dans l'établissement de notre statistique des accident post-phlébitiques.

Complications postphlébitiques.

Elles furent la cause de la mort dans trois observations. Dans une d'entre elles, il s'est déclaré une phlébite des membres inférieurs, et la malade n'est morte que plusieurs mois après l'opération.

Dans les deux autres cas, une embolie mortelle a foudroyé les malades.

Voici l'observation de la phlébite du membre inférieur.

Observation XXI.

36.052. — L. M..., 34 ans. *Rétroversion et annexite post partum.* Hystérectomie subtotale (28 janvier 1936). Appendicectomie. Suites difficiles. Depuis son opération, le malade a constamment une température oscillante : 37-38°5 et un pouls aux environs de 110. Anémie à 2.976.000 d'H et 60 1/2 d'Hmgl. Trois fois l'hémoculture s'est montrée négative. Le 17 avril, après le lever de la malade, apparition d'une Phlegmatia alba dolens typique, puis apparition d'un abcès de la cuisse et finalement mort par cachexie le 1er mai 1936, trois mois après son opération.

A l'autopsie :

Reins : Quelques lésions rénales à prédominance épithéliale.

Poumons : Tuberculose fibro-caséeuse (n'avait pas été diagnostiquée cliniquement).

Foie : Lésions de dégénérescence graisseuse.

Il s'agit d'une curieuse observation où la phlébite a été la complication d'un état septicémique, ou mieux septico-pyohémique probable, malgré la négativité des hémocultures.

Cette mort doit être considérée dans l'établissement de la statistique par la mortalité par septicémie.

Voici les observations des deux embolies .

Observation XXII.

1927. — C. M..., 38 ans.

Hystérectomie subtotale pour *rétroflexion* adhérente et *annexite droite*. Appendicectomie le 24 septembre 1927. Drain abdominal.

Six jours après, les suites ayant été parfaites, embolie foudroyante.

La nécropsie ne montre rien au niveau des veines du petit bassin, où l'état local est parfait; aucuns caillots dans les cavités du cœur .

Observation XXIII.

1927. — P. E..., 52 ans. Anémie. Traitement médical préopératoire. Hystérectomie *totale* pour *fibrome nécrobiosé* le 14 septembre 1927. Pas de drainage.

Phlébite double du dixième jour.

Mort par embolie, le douzième jour.

Embolie du sixième jour avant l'apparition des signes cliniques de la phlébite dans un cas. Embolie du douzième jour après cette apparition dans l'autre.

Complications septicémiques.

Dans deux cas, il s'agissait de malades atteintes *d'abcès utérins post partum* en pleine septicémie, transéatées d'un service d'obstétrique voisin, opérées d'urgence et mortes malgré l'opération, l'une au quatrième, l'autre au septième jour. (Obs. 29.142 et 34.095, non publiées.)

Nous faisons tout de suite remarquer que ces deux cas sont des cas d'opérations d'extrême urgence, où l'état septico-pyohémique, cause de leur mort, n'a rien de commun avec l'intervention qu'elles ont subie.

Nous les avons portés sur notre statistique pour être complet au point de vue des indications de l'hystérectomie. Mais leur décès ne doit en rien être considéré comme complications de l'hystérectomie.

Dans l'observation qui va suivre, la septicémie, au contraire, a suivi l'opération, qui en a été cause non déterminante, mais déchaînante.

Observation XXIV.

1926. — M. R..., 32 ans. *Métro-annexite*. Germe inconnu. Déjà opérée d'ovariotomie droite. Hystérectomie subtotale.

Le 22 mai 1926, annexite gauche adhérente à l'anse sigmoïde, dégagement des annexes par le procédé personnel. Section première du col. Mikulicz.

Fièvre élevée dans les suites opératoires. L'hémoculture révèle la présence de streptocoque hémolytique.

Mort le douzième jour.

Cas de septicémie streptococcique avec hémoculture positive.

Causes diverses.

Azotémie aiguë postopératoire.

Observation XXV.

34.146. — S. M..., 42 ans. Hystérectomie subtotale pour *fibrome*. Dosage d'urée dans le sang avant l'opération : 0,50. Décédée trois jours après avec 1 g. 30 d'urémie.

Insuffisance hépatique aiguë.

Observation XXVI.

29.067. — 26 ans. *Pyosalpinx.* Hystérectomie subtotale difficile car adhérences. Malade ayant fait un ictère quelque temps avant l'opération. Mort douze jours après avec un syndrome d'ictère grave hémorragique.

Complexe infectieux et azotémique.

Observation XXVII.

35.037. — G. L..., 51 ans. *Fibrome + annexite.* Hystérectomie subtotale par le procédé américain. Drain abdominal. Dans les suites opératoires, on trouve une dilatation d'estomac, puis une désunion de la cicatrice, une fistule de l'intestin grêle. Mort dans le coma avec une urémie à 3 g. 05.

Causes inconnues.

Deux cas, dont l'un sans observation. Annexite. Mort un mois après l'opération (L. L..., 30.014); l'autre cas porte sur une malade atteinte d'annexite, morte au cinquième jour de collapsus cardiaque ou de complications pulmonaires (1926, L. C...).

Discussion.

Au total, le pourcentage brut de mortalité est de 7,04 % — 6,1 % pour les hystérectomies subtotales.

Mais l'étude détaillée de tous ces cas mortels nous montre combien a peu de valeur un résultat statistique non commenté.

Si nous groupons nos malades suivant les indications qui ont motivé l'intervention, nous trouvons :

— 164 *fibromes*, dont 107 fibromes simples.

L'hystérectomie a été :

12 fois totale;
3 fois vaginale;
149 fois subtotale.

Mortalité : 11, dont :

1 hystérectomie vaginale;
2 hystérectomies totales;
4 hystérectomies subtotales.

Parmi les fibromes de ces 11 cas :

8 étaient simples;
3 compliqués d'annexite notable.

Il en résulte une léthalité de :

Hystérectomie subtotale pour fibrome simple : 3,32;
Hystérectomie subtotale pour fibrome compliqué : 5,4.

— 214 *annexites*, pour lesquelles on a fait : 7 totales et 207 subtotales, avec 14 décès, dont 1 après totale.

D'où une mortalité de 6,7 % pour les hystérectomies subtotales à la suite d'annexites.

Enfin, parmi les cas de morts, nous notons :

1 prolapsus (14 %);
1 kyste de l'ovaire (4,7 %);
1 hématosalpinx (4,7 %).

Ajoutons que sur ces 31 observations d'hystérectomies suivies de décès, cinq fois seulement l'appendicectomie complémentaire avait été faite, alors que, en général, on la fait dans une proportion de 30 %.

Si, maintenant, nous comparons ces chiffres avec d'autres, nous voyons qu'ils rentrent dans la normale :

— Au Congrès de chirurgie de 1924, Tixier et Labbey, sur 13.184 fibromes, donnent une mortalité de 4,5 %.

— La statistique de de Bovis (*Semaine médicale*, 1912) comporte 3,9 de léthalité sur 1.246 hystérectomies subtotales pour fibromes.

— Les statistiques américaines (Greenhill, 1.807 cas, 4,47 %; Siddall, 1.401 cas, 2,6 %; Mayo and Mayo, 3.085, 1,2 %); anglaises (Giles, 1,6 %, 1.004 cas); allemandes (Marck, 3,2 %; Gaus et Friedreich, 3,3 %), ne portent souvent que sur des cas choisis.

— J.-L. Faure admet entre 4 et 5 %.

Mais en comparant ces statistiques, il convient de tenir compte des considérations suivantes :

Parmi les affections de toutes ces malades opérées d'hystérectomie, il existe une gamme infinie de gravité, depuis la malade atteinte de fibrome pur jusqu'à celle arrivant sur la table d'opération avec 41 degrés de température et un abcès utérin.

Souvent le chirurgien a la main forcée et est conduit par l'étendue des lésions à pratiquer une intervention dont les risques semblent bien graves pour l'état de l'opérée.

Faut-il mettre dans une statistique tendant à prouver les avantages de telle ou telle technique ces cas de morts, si uniquement dus au terrain ?

Et si on veut faire une statistique suivant l'étiologie, il y a les nombreux cas mixtes : fibrome et annexite, fibrome et kyste, prolapsus et fibrome. Quelle est la lésion principale? Dans quelle catégorie faire rentrer ces malades?

Enfin, et c'est un point sur lequel nous désirons faire porter l'attention, car il explique à nos yeux les trop excellentes statistiques américaines, les statistiques de mortalité sont d'autant meilleures que l'indication opératoire est portée plus facilement.

Une jeune malade, atteinte d'annexite sans gravité, ou de petit fibrome, ne mourra pas après l'opération. Mais chez elle l'opération est-elle indiquée de façon absolue ?

Les malades qui font des suites graves sont constituées par des femmes gravement atteintes.

Et les chirurgiens qui attendent, pour porter l'indication malgré tout très grave pour la société et pour la malade d'une opération telle que l'hystérectomie, que les lésions

soient vraiment inguérissables par les moyens médicaux risquent d'avoir un taux de mortalité plus élevé que ceux qui opèrent des femmes plus jeunes et moins blessées.

En terminant, nous insisterons sur la nécessité dans de telles études de ne grouper que des cas comparables, car selon que l'on tient ou non compte du terrain, de la gravité des lésions et surtout des lésions associées, on obtient des résultats très différents et qui peuvent être difficilement interprétés.

Mais les observations douteuses et litigieuses, malgré leur nombre relativement élevé, n'ont plus leur importance quand on considère de très grosses statistiques où elles sont noyées dans la masse.

D'où l'utilité de grouper beaucoup de petites statistiques comme les nôtres, afin d'atteindre un très grand chiffre, condition essentielle pour qu'une statistique ait de la valeur.

CONCLUSIONS

I. — Statistiques portant sur 442 hystérectomies avec une mortalité de :

— 3,37 p. 100 pour les hystérectomies pour fibromes;
— 6,7 p. 100 pour les hystérectomies pour annexites.

II. — Les causes de la mort les plus fréquentes ont été :

Péritonite, 1,22 p. 100;
Choc opératoire, 1,22 p. 100;
Complications pulmonaires, 1,36 p. 100.

III. — L'étude des complications révèle un taux de 4,5 p. 100 de phlébites postopératoires du membre inférieur, et de 1,36 p. 100 de complications emboliques de phlébites profondes.

Elle fait remarquer l'absence d'hémorragies graves dans les suites immédiates et de néoplasme secondaire du col dans les suites tardives, enfin l'amélioration des troubles de la ménopause chirurgicale par les greffes ovariennes.

IV. — Ces résultats sont dus à une technique dont les caractéristiques sont : la pratique avec préférence des hystérectomies subtotales; la thermocautérisation systématique de la muqueuse du col utérin; le drainage fréquent par le haut et par le bas se faisant par un drain de caoutchouc quand il n'y a pas d'infection importante, et lorsqu'il en existe, ainsi qu'en cas d'hémostase imparfaite, par l'emploi fréquent du procédé de Mikulicz; la pratique, si la femme est jeune et si cela est possible, des greffes ovariennes par le procédé de Douay modifié.

V. — Il serait à souhaiter que les études statistiques, malgré leur relativité et leur aridité, soient davantage développées en France. Il serait ainsi possible de réunir aussi bien que dans les pays anglo-saxons des statistiques portant sur un chiffre très important d'observations, condition essentielle pour qu'elles aient de la valeur.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et, s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession honoré à jamais parmi les hommes; si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu : *Le Doyen*,
PIERRE MAURIAC.

Vu, bon a imprimer :
Le Président,
J. GUYOT.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie,
Bordeaux, le 15 décembre 1936.
A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

Aymeric. — De l'évolution du moignon cervical après hystérectomie abdominale subtotale. Thèse Toulouse, 1909.

Bauer. — Comparative Study of convalescence of 150 selected cases of vaginal, supravaginal and total abdominal hysterectomy. *Am. J. Obst. and Gyn.*, 15, 680-682, mai 1928.

Berge. — Etude critique du drainage à la Mikulicz en chirurgie abdominale gynécologique. Thèse Bordeaux, 1926.

Bovis (de). — Hystérectomie subtotale ou totale dans le traitement des fibromes. *Semaine médicale*, 14 février 1912.

Burch (L. E. et J. C.). — Mortality in hysterectomy operations. *Am. J. Obst. and Gyn.*, 21, 704-708, mai 1931.

Cadenat et Patel. — Le drainage abdominal. Congrès de chirurgie, 1924.

Capuzzano. — Analyse de 1.000 cas de fibromes. *Semana Med.*, 2, 1118-1122, 25 oct. 1928.

Courriades. — Les greffes ovariennes. *Journ. de méd. de Bordeaux*, oct. 1933.

Davidson. — Hystérectomie. Revue critique portant sur 210 cas *The Brit. Med. Journ.*, n° 3796, 7 oct. 1933.

Davis (J. E.) et Cusick (P. L.). — Critical study of 335 hysterectomies. *Am. J. Obst. and Gyn.*, 19, 246-254, févr. 1930.

Escudié. — Technique et résultats de l'hystérectomie totale. Thèse Paris, 1918.

Fullerton et Faulkner (R. L.). — Hysterectomy. Clinique investigation of 1851 consecutive operations. *Tr. Sect. Obst. Gyn. and Abd. Surg. A. M. A.*, 318-333, 1930.

Gaus et Friedreich. — LXX^{e} Congrès de Deutsche Gesellschaft für gynaekologie, 1921.

Giles. — Statistique sur 1.004 hystérectomies pour fibromes. *The Lancet*, 27, 1, 23.

Harris (L. J.). — Hysterectomy. Statistical study. *J. Iava. M. Soc.*, 26, 123-126, mars 1936.

Hartmann. — Remarques à propos de 866 fibromes. *Bruxelles médical*, 1925, V. 6.

Luque (D. J.). — Algunas consideraciones con motivo de cien histerectomias subtotales *Repert. de med. y cir.*, 22, 558.617, nov. 1931

Marck. — Zur Behandlung der Uterus mizane. *Monatsch. f. Gëburts. gynâek.*, oct. 1911.

Maurin. — Contribution à l'étude des hématomes péritonéaux survenant à la suite des hystérectomies. Thèse Bordeaux, 1911.

Mingasson. — Contribution à l'étude de l'hystérectomie totale. Thèse Bordeaux, 1934.

Moore (E.-C.) et Tollefson (D.-G.). — Hysterectomy, technic, analysis of 604 cases. *Soutwestern Med.*, 14, 565-570.

Okinczyc (J.). — Hystérectomie totale ou subtotale ? A propos de 388 observations personnelles. *Gyn. et obst.*, 27, 215-222, mars 1933.

Olivier-Henry. — Contribution à l'étude des hystérectomies abdominales. Thèse Paris, 1935.

Phaneuf et Belson (M. O.). — Report of end. results of 554 consecutives hysterectomies. *Am. J. Obst. and Gyn.*, 25, 262-273, 1933.

Pichevin. — Faut-il enlever l'appendice dans les laparotomies pour lésions des annexes ? *Semaine gyn.*, Paris, 1908.

Read (C. D.) et Bell (A. C.). — Hysterectomy subtotal and total review and morbidity of subtotal and total operations on series of 2.344 consecutives cases at Cheesea Hospital for women in to year period 1922-1931. *J. Obst. and Gyn. Brit. Emp.*, 40, 749-767, août 1933.

Samuels (A.) et Edlavitch (E. S.). — Clinical pathologic study of 303 consecutive abdominal hysterectomies. *Am. J. Obst. and Gyn.*, 25, 397-410, mars 1933.

Siddall (R. S.). — Subtotal versus total hysteroctomie. *Surg. Gyn. and Obst.*, 60, 102-105, janv. 1935.

Tixier et Labbey. — Indications des traitements chirurgicaux dans les fibromes utérins. Rapport Congrès de chirurgie, 1924.

Villar (J.). — Technique de l'hystérectomie totale. Soc. chir. Bordeaux, 1934.

— Traitement des gros polypes sphacélés de l'utérus. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 30 sept. 1932.

Yovanovitch. — A propos de 1.000 hystérectomies abdominales. *Medianski Pregled*, t. 10, déc. 1935, p. 225, Stockholm, in *C. R. Presse médicale*, n^{os} 47-49, 10-17 juin 1936.

19.937 — Bordeaux, Imprimerie Centrale Delmas, 6, place Saint-Christoly. — 1936.